

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 217

DES LÉSIONS CHOROIDIENNES DE GUERRE

Avec intégrité du globe

D'après 209 Observations.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Georges VACHET

Médecin Aide-Major de 2^e classe

Né à Tournon, le 8 avril 1892.

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^e BONNET

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—
1920

DES LÉSIONS CHOROIDIENNES

DE GUERRE

Avec intégrité du globe

D'après 209 observations

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919 1920. — N° 217

DES LÉSIONS CHOROIDIENNES DE GUERRE

Avec intégrité du globe

D'après 209 Observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Georges VACHET

Médecin Aide-Major de 2^e classe

Né à Tournon, le 8 avril 1892.

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^e BONNET

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—
1920



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A TOUS MES AMIS

bite et le globe oculaire, et il ne se passait pas de jour où nous n'ayons à déplorer la perte partielle ou totale de la vision d'un grand nombre de nos soldats, car, aux lésions directes, apparentes, que l'on notait aisément, venaient s'ajouter des lésions, tout aussi graves, n'intéressant en aucune façon les enveloppes externes de l'œil, résistantes aux chocs et aux pressions, mais bouleversant dans leur intégrité et modifiant dans leur constitution les membranes profondes du globe parce que minces et fragiles, la choroïde et la rétine ; ces lésions indirectes par « contre-coup » que nous tenons à citer ici dès la première page vont faire l'objet du modeste travail sur lequel nous appelons toute la bienveillance de nos juges.

CHAPITRE PREMIER

Mécanisme des lésions choroïdiennes.

« La Rétine donne l'hémorragie, le décollement et la rétinite proliférante.

« La Choroïde donne la rupture l'hémorragie et l'atrophie choroïdienne. »

Ainsi s'exprime M. le Professeur Rollet dans son traité d'ophtalmoscopie, résumant en peu de mots les effets immédiats ou tardifs d'un traumatisme sur les tissus des membranes profondes de l'œil.

Cependant limitant notre étude aux seules ruptures choroïdiennes nous passerons sous silence les lésions rétiniennes, reconnaissant toutefois que les deux membranes sont à ce point solidaires que l'une a toujours à souffrir des dommages causés à sa voisine.

C'est donc à la suite de traumatismes plus ou moins violents du globe oculaire ou de son pour-

tour que surviennent les ruptures de la choroïde. La sclérotique résiste à la poussée, « elle plie mais ne rompt pas », le tractus uvéal plus délicat, fait de tissu vasculaire se déchire et saigne.

Deux sortes de lésions peuvent se produire 1° une lésion périphérique, c'est celle qui résulte d'un traumatisme sur le pourtour de l'orbite, l'os déformé par le choc en vertu de son élasticité, transmet la poussée qu'il a reçue et une lésion se produit immédiatement au point contus ; 2° une lésion polaire postérieure, c'est la lésion indirecte, par contre-coup. Celle-ci résulte souvent d'un traumatisme violent, l'ébranlement se transmet alors de la façon suivante : la cavité orbitaire n'étant pas close de toutes part communique avec les cavités avoisinantes, en particulier avec la fosse zygomatique par la fente sphéno-maxillaire, ou conçoit donc qu'un traumatisme portant soit sur la région malaire, soit dans la région sous orbitaire puisse agir par l'intermédiaire du tissu adipeux, — qui est liquide sur l'organisme vivant et transmet intégralement les impulsions qu'il reçoit, — sur le globe qui, incomplètement protégé se trouve pris comme une barque par une « lame de fond » et balloté en tous sens tirillant sur les amarres déchire ses membranes près de leur point d'attache qui est en même temps leur zone de moindre résistance.

Cependant on rencontre certaines lésions choroïdiennes qui, au lieu de porter sur le pôle postérieur de l'œil, quoiqu'indirectes, affectent une disposition symétrique par rapport à la lésion directe et se trouvent ainsi placées à l'opposite de la région où a porté le traumatisme. En assimilant l'œil à la cavité crânienne (ce sont l'un et l'autre des cavités closes renfermant une substance incompressible enveloppée dans des membranes), peut-être pourrait-on reprendre les idées que Chi-pault avait émises pour expliquer certaines lésions de la cavité crânienne et principalement les ruptures de la dure mère en un point opposé à celui de la contusion. « La lame osseuse étant élastique se déprime au point percuté, une sorte de cupule s'établit ainsi brusquement elle répond du côté de la cavité crânienne à une saillie qui frappe le cerveau. Du côté opposé du crâne, à gauche, si le choc a porté du côté droit se produit un cône de soulèvement qui rétablit pour le cerveau incompressible une cavité dont la forme s'est modifiée mais dont le volume est resté le même, c'est une application du principe de Pascal sur la transmission par les liquides des pressions qu'ils reçoivent. La position du cône de soulèvement varie avec la direction de la ligne que suit la force contondante. La dure mère dans les parties où elle est décollable suit la surface des cô-

nes de dépression et de soulèvement, mais quand le tissu osseux revient brusquement à sa position primitive la dure mère soudain abandonnée peut se rompre et ainsi s'expliquent les hemorrhagies du côté de la lésion et sur un point diamétralement opposé.

Les cas que nous avons pu recueillir et qui admettent comme explication cette hypothèse ne sont pas nombreux, cependant on ne saurait invoquer aucun autre mécanisme pour expliquer leur pathogenie, l'un deux a fait l'objet d'une description qui se trouve reproduite dans le chapitre réservé aux observations.

Quoiqu'il en soit on peut admettre que presque toujours c'est au niveau de la macula et de la région péripapillaire que se produit la lésion de contre-coup, les lésions maculaires correspondant dans la plupart des cas au choc malaire.

Le Professeur Lagrange a résumé dans des lois l'étiologie des lésions chorio-rétiniennes :

1° Il considère comme douteuse la production de rupture choroïdienne produite par l'ébranlement de l'air à distance ;

2° Les traumatismes portant au dessus de l'orbite ne produisent pas de lésions choroïdiennes ;

3° Les balles transfixives du massif facial, mais qui toutefois n'intéressent pas l'orbite provoquent une lésion maculaire par contre-coup ;

4° Les projectiles qui traversent l'orbite sans toucher le globe provoquent :

a) Une lésion maculaire ou paramaculaire ;

b) Une lésion en face de la paroi orbitaire lésée ;

5° Si le globe est frôlé tangentiellement il se produit une déchirure en face du point coutus et la région polaire postérieure est le siège d'ébranlement par contre-coup.

CHAPITRE II

Description des lésions. — Leur évolution.

a) *Signes objectifs des lésions chorôidiennes.*

Rien n'est plus variable dans le temps que l'aspect ophtalmoscopique de ces désorganisations chorôidiennes. Cependant des examens pratiqués à intervalles réguliers permettent de saisir, sinon les stades de passage d'une forme à une autre, du moins la marche de l'évolution de la lésion vers la consolidation, vers l'état définitif.

Tout au début pendant les premiers jours qui suivent le traumatisme, on ne manque pas d'être impressionné par l'hémorragie qui inonde le vitré, tout détail se trouve masqué, le fond d'œil est totalement inéclairable, les réflexes iriens sont à ce moment très diminués voire même complètement abolis. Vient alors une seconde phase pendant laquelle l'hémorragie s'étant arrêtée, nous assistons à un travail de résorp-

tion, les caillots sanguins se rétractent, ramassés au niveau des lésions par paquets, ils contribueront plus tard à former ce pigment qui borde toutes les lésions choroïdiennes qui se compliquent d'hémorragie. Le vitré s'éclaircit peu à peu, mais cet état n'est pas définitif, le processus de réparation n'en est encore qu'au début, la lésion n'est pas constituée, pendant longtemps encore ces blessures évolueront suivant une modalité que nous ignorons, soit vers l'atrophie chorio-reténienne, soit vers la cicatrisation et ses tissus de néo-formation.

Des examens ophtalmoscopiques répétés nous ont montré la lenteur de ce processus de réparation ou de destruction et telle zone de la choroïde paraissait saine au début, qui est maintenant remplacée par un large placard blanc d'atrophie choroïdienne.

Il nous aurait été agréable de pouvoir représenter par des dessins d'après nature les différents stades de l'évolution de ces ruptures et des atrophies qui en résultent, mais tous les cas qu'il nous est loisible d'observer actuellement sont de date ancienne, ils sont très voisins de l'état définitif dont nous allons dans le paragraphe suivant donner les principaux caractères.

Prenons comme exemple la lésion type : une

rupture équatoriale, et une lésion maculaire ou péricapillaire.

Généralement la lésion directe très près de l'équateur est difficile à observer, il est fort rare qu'elle manque. Elle se présente sous l'aspect d'une traînée à bords déchiquetés anfractueux laissant voir au travers des lèvres de la plaie, la sclérotique tranchant par sa blancheur nacréée sur les bords pigmentés de la déchirure. En effet cette rupture est bordée de pigment noirâtre probablement de nature sanguine, reliquat de l'hémorragie primitive. Parfois d'un bord à l'autre, se détachant en rouge vif sur un fond de sclérotique on peut entrevoir un ou plusieurs vaisseaux choroïdiens, vestiges de la choroïde en cet endroit, se rendant suivant une disposition radiée, dans le réseau ciliaire ; ils ont résisté grâce à leur épaisseur et à leur texture élastique.

La lésion polaire postérieure peut revêtir différentes formes, la plus fréquente est celle qui se produit dans la zone maculaire sous forme d'une crevasse étoilée. Elle peut affecter la forme d'un arc du cercle embrassant la papille dans sa concavité. Mangini en a même décrit à 2 et 3 croissants, des ruptures en Y, au cours de nos examens nous n'avons rencontré que trois ruptures en arc l'une d'elle fait l'objet dans cet opuscule d'une observation spéciale.

Souvent la lésion polaire ne s'accompagne pas de rupture ou du moins cette rupture n'est pas visible mais une zone de pigmentation voisinant avec des zones de décoloration des tissus choroïdiens trahit en cet endroit une désorganisation profonde causée indirectement par le contre-coup. Le dessin n° 2 de la planche II figure une de ces lésions.

b) *Signes subjectifs.*

Si l'on met à part quelques inflammations aiguës de la choroïde (choroïdites ou ophtalmies métastatiques dont l'évolution s'accompagne de symptômes réactionnels extérieurs, les affections de la choroïde ne se traduisent guère pour ne pas dire exclusivement que par des troubles subjectifs. Si l'on excepte toutefois les modifications objectives que révèle à l'observateur l'examen ophtalmoscopique minutieux.

Nous trouvons d'abord des troubles de la perception visuelle, ces lésions choroïdiennes sont en effet intimement liées à des altérations des couches externes de la rétine, les éléments nobles de cette membrane étant au point de vue de la nutrition tributaires de la circulation choroïdienne. Ces troubles peuvent être centraux ou affecter

seulement la vision périphérique suivant le siège et l'intensité des lésions. L'altération de l'acuité visuelle, les modifications du champ visuel consistent dans des retrécissements irréguliers ou concentriques, dans la présence de lacunes ou scotomes dont le malade peut se rendre compte lui-même en observant les lacunes, les trous qui se produisent dans les objets sur lesquels il dirige son regard ; et l'on comprend aisément quels désordres graves de pareilles lacunes apportent dans le fonctionnement de l'appareil visuel, le *mystagmus* qui en résulte fréquemment lorsque la vision centrale est atteinte en est une preuve.

Il y a donc une étroite relation entre la lésion objective et les troubles fonctionnels, il s'ensuit que chaque modification de l'aspect ophtalmoscopique s'accompagne de variations concomitantes de l'acuité visuelle ainsi que le prouvent du reste les examens pratiqués quelques mois après le traumatisme ; cependant dans la majorité des cas, alors que l'édification réparatrice se poursuit l'amélioration qui semblait se produire dans les premiers temps se ralentit et s'arrête. On a cité quelques cas heureux dans lesquels la « *restitutio ad integrum* » avait été presque complète, on pourrait peut-être les expliquer par le rétablissement d'anastomoses vasculaires qui venaient ra-

mener la vie dans des territoires que la déchirure avait privés de circulation.

Plus nombreux au contraire sont les cas où la vision de faible qu'elle était est devenue nulle par la suite, l'expérience montre que des zones en apparence saines à un premier examen sont devenues des foyers de dégénérescence et d'atrophie, pour cette raison il serait dangereux de s'en remettre à un premier examen, ces blessures doivent être soumises à des observations répétées l'étendue d'un tel dommage ne pouvant être mesurée d'emblée, c'est ce que nous nous proposons de montrer dans le chapitre réservé aux observations.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Nous venons de voir qu'à la suite d'un traumatisme soit contusion directe, soit contusion de la zone périorbitaire on pouvait observer dans la plupart des cas une diminution de l'acuité visuelle en rapport avec les lésions des membranes profondes. Mais le traumatisme n'est pas la seule étiologie possible de ces lésions choroïdiennes ; la choroïde, étant une membrane essentiellement vasculaire, toute modification dans la composition sanguine, tout ralentissement dans le courant sanguin, ainsi que toute infection générale pourront très facilement compromettre la vitalité des tissus qui entrent dans sa constitution. De même qu'un traumatisme produisant mécaniquement des ruptures vasculaires peut entraîner la mortalité des tissus placés sous la dépendance des vaisseaux qui les nourrissent, de même certaines

infections entraînant la sclérose de ces mêmes artères ou produisant des lésions d'endartérite oblitérante frapperont de mort les tissus placés dans les territoires qu'ils desservent. Il y aura alors des lésions atrophiques. Or nous savons d'autre part que lorsque la circulation se trouve entravée, surtout la circulation de retour, qu'il y a engorgement des veines, en un mot congestion passive, la production du pigment choroïdien se trouve exaltée et la coloration du fond devenant de plus en plus sombres dans ces endroits lésés forment des zones noires de choroïdite pigmentaire ressemblant à des lésions disséminées de choroïdite traumatique. A la base de ces altérations nous trouverons surtout la syphilis et la myopie. Il sera donc de première importance de faire un diagnostic précis pour ne pas attribuer à un traumatisme problématique des lésions choroïdiennes relevant d'une syphilis évoluant depuis de nombreuses années, surtout, lorsque se pose la question de pension, de responsabilité.

Cependant avant de faire le diagnostic étiologique de la lésion, un point mérite d'être précisé. Nous trouvons-nous en présence d'une altération rétinienne ou choroïdienne. S'il s'agit d'une rupture c'est dans la majorité des cas sur la choroïde qu'elle siège; les ruptures rétiniennes sont très rares en effet et s'accompagnent de

rétinite proliférante ce sont souvent de simples petites fissures ne présentant pas ces formes en croissant concentriques à la papille ou ces Y plus ou moins bien dessinés que l'on rencontre au pôle postérieur du tractus uvéal, de plus les vaisseaux rétiniens sont coupés par les lésions rétiniennes, tandis qu'ils passent comme un pont sur les lésions de la choroïde projetant même leur ombre, de l'avis de Mauthner sur le fond blanc de la sclérotique.

S'agit-il d'une hémorragie ? il est plus difficile d'affirmer que le vaisseau rétinien rampe sur la collection sanguine, la coloration étant à peu près identique ; l'expérience montre néanmoins que les épanchements collectés dans la chorio-capillaire affectent des contours plus irréguliers que les épanchements rétiniens, ces derniers étant en quelque sorte endigués par le cloisonnement que forment les fibres de Müller, ce qui donne à leurs limites une apparence rectiligne ou légèrement arquée.

Si nous nous trouvons en présence de lésions pigmentaires on voit parfaitement les vaisseaux de la rétine serpenter sur les placards noirs de pigmentation choroïdienne, d'autre part les lésions pigmentaires de la rétine sont plus légères se trouvent surtout à la périphérie, sur le trajet des vaisseaux et ressemblent au « vol d'hirondelles » décrit dans les classiques.

La lésion que nous savons maintenant être une lésion choroïdienne est-elle d'origine traumatique ou infectieuse? La question est très complexe et parfois même impossible à résoudre si le commémoratif manque. Les maladies générales, en effet, de même que les traumatismes produisent des altérations qui sont loin d'être toujours semblables à elles-mêmes, c'est pourquoi une sorte de classification de nos lésions traumatiques est nécessaires pour jeter un peu de clarté dans une tâche aussi confuse. Nous considérerons d'abord deux grands groupes : 1° les larges lésions traumatiques ; 2° les lésions discrètes que nous subdiviserons en : *a*) périphériques et *b*) polaires postérieures dans ces dernières nous distinguerons les lésions maculaires et les lésions paramaculaires.

1° *Larges lésions.* — Ce caractère seul suffit à mesurer la gravité d'un traumatisme, l'irrégularité de distribution du pigment s'ajoutant à une lésion de rupture est l'indice de la contusion. Nous trouvons ces lésions soit à la périphérie, presque toujours en regard d'une plaie, d'une cicatrice du tégument externe ou d'une fracture osseuse périorbitaire, soit au pôle postérieur dans la zone maculaire ou la résistance des membranes est moindre que dans les autres parties du fond.

2° *Lésions disséminées.* — Cependant, il y a des lésions discrètes produites par des ébranlements à distance qui, au lieu d'être localisées en foyers confluents ne se révèlent à notre examen que sous la forme de petites zones noirâtres disséminées ; ce sont la plupart du temps des reliquats hémorragiques dus à des ruptures localisées dans la chorio-capillaire. Elles ressemblent alors étrangement à une chorio-rétinite syphilitique ; s'ils s'agit d'un militaire, si les pièces d'origine manquent, si le légument externe enfin ne porte pas trace de la contusion, l'étiologie peut-elle être basée sur les explications parfois nébuleuses fournies par certains malades. D'autre part, la chorio-rétinite syphilitique revêt des aspects variés, mais aucun d'eux n'est pathognomonique, et pour affirmer sa nature, il faut chercher dans les lésions concomitantes le supplément indispensable au diagnostic.

Si nous avons affaire à une lésion localisée à la périphérie, nous devons nous souvenir que c'est dans cette zone que commence la chorio-rétinite syphilitique. En général celle-ci, du moins dans les débuts, procède par éruptions successives allant de la périphérie vers le centre ; la constatation de cette inflammation par l'observation du développement de l'élément constituant que Masselon a appelé « bouton choroïdien ». pourra nous

guider dans notre diagnostic. Ces petites tuméfactions de grosseur variable, jaunâtres au début, grisâtres ensuite, mal délimitées sont situées sous les vaisseaux rétinien qu'ils soulèvent ; puis, leur évolution terminée, s'éclaircissent au centre, s'entourent d'un liseré de pigment très discret, s'affaissent, entraînant avec eux dans leur dépression le vaisseau rétinien qu'ils avaient primitivement soulevé pendant leur croissance.

Dans la chorio-rétinite spécifique, on trouve également des altérations des vaisseaux rétiens se traduisant par une diminution de leur calibre, la perte de leur reflet à leur passage dans les lésions, et la présence d'une gaine blanchâtre dans laquelle ils semblent enveloppés. Ces altérations vasculaires n'existent pas dans les altérations de la choroïde ayant pour origine le traumatisme.

Lésions polaires postérieures. — Les lésions traumatiques du pôle postérieur, n'intéressant pas la macula, dans les cas où elles sont discrètes et ne s'accompagnent pas de rupture, pourraient être confondues avec la choroïdite aréolaire de Fœrster ; celle-ci se rapproche en effet davantage des lésions qui nous occupent par une plus grande abondance de pigment ; on devra donc rechercher avec soin l'élément caractéristique de la choroïdite

aréolaire qui est un bouton analogue « au bouton » de Masselon dont la forme est très arrondie.

Au niveau de la macula, nous trouvons des ruptures et des lésions post-hémorragiques. Les ruptures maculaires accompagnent souvent les chocs du pilier externe et surtout ceux qui portent sur l'os malaire. Les hémorragies maculaires sont limitées, arrondies et laissent comme trace de leur passage un foyer atrophique avec une migration pigmentaire considérable; c'est la présence de cette pigmentation qui nous permettra de différencier la lésion traumatique de l'altération causée par la myopie et de ne pas prendre pour une rupture du pôle postérieur un staphylome myopique étendu. Il est d'ailleurs rare qu'un staphylome postérieur atteigne la région maculaire.

Signalons enfin, pour mémoire seulement, le colobome maculaire qui s'accompagne presque toujours d'anomalies du système vasculaire rétinien et choroidien et d'anastomoses entre ces deux réseaux. C'est une rareté. (Le quinzième cas connu jusqu'ici a été publié au mois de janvier 1920, par M. le docteur Genêt.)

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous rapportons 209 cas de lésions choroidiennes ; elles sont en parties dues à l'obligeance de M. le professeur Rollet et proviennent de sa clinique de l'Hôtel-Dieu, en partie à l'amabilité du Docteur Genêt en ce qui concerne les plus récentes ; ces dernières ont été relevées sur les registres d'expertises médico-légales de l'Hôpital Desgenettes, enfin quelques-unes sont personnelles, nous les avons dans la mesure du possible détaillées et accompagnées de dessins, afin qu'elles puissent servir de type à chacun des groupe en tête desquels nous les avons placées,

Nous les diviserons en 3 chapitres

1° *Lésions équatoriales ;*

2° *Lésions polaires postérieures compliquées d'hémorragies ou de ruptures périphériques ;*

3° *Lésions polaires postérieures uniques.*

1° LÉSIONS ÉQUATORIALES

1. — *Rupture choroïdienne directe, équatoriale unique par choc malaire et choc nasal.*

(Fig. n° 2, Pl. I.)

X..., blessé le 25 septembre 1915, à Souchez; reçut pendant le combat un éclat d'obus (35 gr.) dans la région des os propres du nez et un morceau de ceinture d'obus dans la région malaire, ce dernier os fut fracturé. Constriction des mâchoires réduisant l'écart interincisif à 9 mm. comme résultat de cette blessure.

O. D. A l'examen ophtalmoscopique on aperçoit en bas et en dehors une large lésion chorio-rétinienne traduite par un abondant amas pigmentaire, très bas toujours en continuité avec cette lésion une vaste rupture de la choroïde à contours géographiques; par places, dans le champ de cette perte de substance, on aperçoit la sclérotique d'un blanc nacré.

ODV en 1915 = $1/4$.

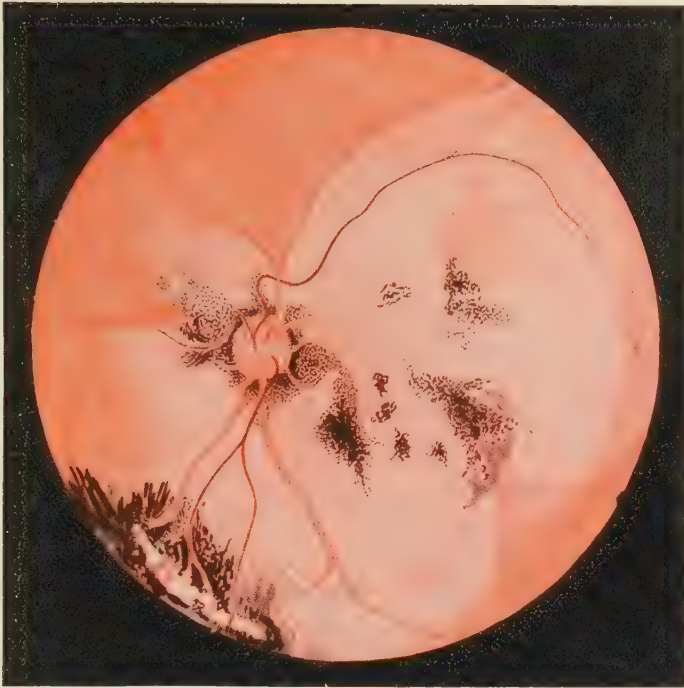
ODV en 1917 = $1/8$. OGV = 1.

ODV en 1919 = $1/8$.

2. — *Contusion de l'œil droit (région sous-orbitaire). Chorio-rétinite atrophique.*

D... (Paul), 128° d'infant. Blessé le 26 septembre 1915, par éclat d'obus à l'œil droit, au niveau de la région sous-orbitaire et de la région temporale. O. D. V. = $1/10$. O. G. V. = 1.

9 décembre 1915 : Pupille irrégulière, adhérente. A l'ophtalmoscope, papille floue, détails du fond masqués par abondante hémorragie.



Dessin de G. Vachet.

Fig. I. — Déchirure choroïdienne équat. Hématome des gaines du nerf optique.



Dessin de G. Vachet.

Fig. II. — Déchirure choroïdienne périphérique.

21 décembre 1915 : O. D. Plaque assez large de chorio-rétinite, visible dans le regard à gauche et en bas. Atrophie de la choroïde parsemée de petits dépôts pigmentaires. O. D., V. = 1/30.

Pigment péripapillaire, papille rouge et floue.

Sort le 14 février. O. D., V. = 1/16.

26 juillet 1916 : Large cicatrice de la région temporale droite de la joue et du nez (blepharoplastie). Rétraction cicatricielle de la partie externe des deux paupières avec soudure des bords libres sur 1 centimètre environ. Aucune lésion superficielle du globe.

Pupille déformée, ovale, réagit très mal à la lumière.

Milieux transparents. Papille rougeâtre, pigment péripapillaire. Dans le quadrant inféro-interne, placards de chorio-rétinite atrophique et pigment. T. = N. (1).

O. D. V. = 1/20.

3. — *Contusion directe du globe oculaire gauche.*

Déchirure choroidienne.

G... (François). Blessé par éclat d'obus, en mars 1916, au niveau de la paupière inférieure.

Examiné le 15 mars : O. D. normal.

O. G. : Cicatrice de plaie contuse, rétraction de la paupière inférieure, éclat extrait de la paupière. Pas de lésion superficielle du globe. Pupille régulière réagit bien à la lumière, milieux transparents, papille rougeâtre, limites indistinctes, vaisseaux normaux. Rupture choroidienne de forme triangulaire dans le segment inféro-externe du globe. Petits amas de rétinite proliférante, placards atrophiques et pigmentaires, et large hémorragie périphérique. Tension normale.

(1) T. = N. = Tension normale.

O. G. V. = $1/50$. Projection lumineuse douteuse dans la partie supéro-interne du champ visuel.

Le 10 juillet 1917 : Rupture choroïdienne de l'O. G. siégeant dans le segment ophtalmoscopique inféro-externe. Montre dans tout le segment inféro-externe de nombreux foyers de chorio-rétinite atrophique.

O. G. V. = $1/40$.

4. — *Plaie pénétrante de la région sous-orbitaire gauche. Rupture choroïdienne.*

E... (Pierre), 236° d'infant. Blessé le 27 septembre 1915, à Tahure, par éclat d'obus dans la région sous-orbitaire gauche et de l'angle externe de l'œil; ablation d'esquilles osseuses le 7 octobre 1915. L'apophyse orbitaire externe du frontal a été fracturée.

O. G. La vision est nulle. Il n'existe aucune lésion apparente du globe. A l'examen ophtalmoscopique (30 novembre 1915), on note une papille atrophiée, pâle et une rupture choroïdienne dans la région maculaire.

Le 24 janvier 1916 : Rupture choroïdienne, rétinite proliférante.

O. G. V. = q. (1).

O. D. V. = $2/3$.

Le 20 mai 1916 : O. G. Cicatrice temporo-malaire de la partie externe de la paupière inférieure avec rétraction palpébrale. Encoche nette et déformation osseuse du rebord orbitaire inférieur et du pilier externe. Pas de lésion superficielle. Chambre antérieure normale, pupille normale, réagit faiblement à la lumière. Milieux transparents.

A l'examen du fond, on note : une rupture choroï-

(1) q = vision quantitative.

dienne étendue dans tout le segment externe de l'œil, lésions atrophiques et pigmentaires, pothémorragiques. Amas de rétinite proliférante.

O. G. V. = Voit la main à 0 m. 15.

O. D. V. = 9/10 avec sph. 1.50.

5 (1).— L... (3790). — O. D. Rupt. chor. en haut et en dehors. V. = 1/10, avec — 0, 75.

6. — F... (P.) (1726). — Choc malaire g. Rupt. chor. périphérique de l'O. G., dans le quadrant inf. ext. V. = 2/5.

7. — S... (2012). — Plaie pénétrante région sous-orb. droite. O. D. : Rupture chor. dans segment opht. inf. V. = 1/8.

8. — D... (1188). — Plaie contuse sous-orb. droite. O. D. Rupture allongée de la chor. périph. dans le segm. opht. inférieur. V. = Q.

9. — B... (4699). — Plaie contuse de la rég. orb. malaire droite. O. D. : Rupt. choroïdienne périphérique. V. = 1/4.

10. — C... (J.) (4630). — Contusion du rebord orb. sup. de l'O. D., léger rétric. des artères. Petite déchirure périph. de la chor. en haut et en regard du traumatisme. V. = 1/20.

11. — An... (J.). — Contusion du globe éclats d'obus. O. D. Vaste déchirure choroïd., occupant la partie inférieure du champ opht. Hemorragies nombreuses périphériques. Réflexes pupill. abolis. V. = O.

(1) Le premier n° est le n° d'ordre de l'observation. — Le deuxième () entre parenthèses, est celui des registres d'expertises médico-légales de l'Hôpital Desgenettes.

12. — M... (A.) — Choc malaire par balle transf. Très volumineux amas pigment en bas, dans la partie externe rupt. chor. linéaire. T. = normale. V. = 1/6.

13. — D... (838). — Choc malaire gauche. Rupture chorôidienne périphérique du segment inf. V. = O.

14. — J... (1699). — Plaie contuse queue du sourcil. O. D. Rupt. ch. multiples au pôle post. avec lésions macul. et para-macul. (placards atroph. et pigments). T. = Normal. Ch. vis. = très réduit. V. = Q.

15. — Ch... (F.) (4028). — Contusion de l'O. D. Gros caillots post. hémorr. flottants dans vitré. Large rupture chor. V. = Q.

16. — M... (1837). — Plaie temp. mal. droite; O. D. Dech. chor. très périph. bordée de pigments noirâtre. T. = N. V. = 1/8.

17. — Tr... (C.) (2563). — Ec. d'ob. fosse temp. et O. G. Iridododnésis, vitré trouble, hémorr. du fond, rupture périphérique probable. V. = 1/50.

18. — D... (J.) (2533). — Eclat d. crapouillot O. G. Atroph. chor. dépôts pigment. région équat. inf., rupt. chor. V. = 1/16.

19. — L... (J.) (42). — Balle, région maxill. inf. gauche. O. G. Plaques d'atroph. chor., placards pigment., reliquats d'anciennes hémorragies. Décoll. rétinien. V. = Q.

20. — C... (L.) (55). — Balle région temp. malaire droite; rupt. chor. en regard, rétinite prolif.

21. — B... (J.-B.) (1812). — Eclats d'obus aux deux yeux; rupt. chor. hémorr. en nappe. V. = O.

22. — M... (S.) (1375). — Ecl. d'ob. O. D., décoll. rétinien, traumatique, rupture chorôidienne. V. = Q.

23. — B... (M.) (1763). — Ecl. d. gren. O. G. Rupt. chor. périphér. (en dedans et en bas), papille floue et pâle; corps flottants. V. = Q.

24. — B... (J.-B.) (336). — O. D. Rupt. chor. Seg. inférieur. Chorôidite disséminée. V. = 1/15. Champ vis. rétréci dans sa partie supérieure.

25. — G... (Fr.) (1710). — Blessé par é. o., en mars 1916, paup. infér. Rupt. chor. triangulaire dans seg. opht. inf. ext. Amas de pigments à ce niveau. T. = N. V. = 1/50. Un an après : V. = 1/40.

26. — R... (M.) (1771). — O. G. Cicatr. de la part. int. de la paup. sup. Parésie droit sup. Veines dilatées macula œdémateuses. Placards atroph. Segm. sup. int. Rupture chor. très périph. dans segment int. T. = N. V. = 1/50. Champ visuel très prof. altéré.

27. — S... (L.) (2039). — Rupt. chor. double du segment périph. ext. par choc temporel. V. = 2/3.

28. — M... (E.) (2237). — Choc angle int. de l'O. G. Œdème papillo-rétinien, deux rupt. équatoriales de la choroïde. V. = 1/4.

29. — V... (Ch.) (1113). — O. G. Cicatr. de plaie cont. partie moy. rég. sourcilière. Petit éclat du côté int. de l'orbite (radio). Rupt. chor. périph. dans la région équator. int. rét. prolif. amas pigmentaires disséminés. V. = 1/25.

30. — R... (944). — O. G. Cicatr. rétract. de la rég. sus-orb. Iris dilaté. Refl. lum. = O. Iridododénis totale. Corps flott. du vitré. Rupt. choroïd. et large plaque atroph. en regard du traumat. V. = O.

31. — T... (1351). — Contus. au niv. de l'angle ext. de l'O. D. et rupt. chor. périph. en regard. Papille rougeâtre. V. = 1/40. Ch. vis. très rétréci.

32. — S... (265). — Enfoncement de l'os frontal O. G., rupture de la choroïde. Choroïdite diffuse. Vaiss. rétrécis. V. = O.

33. — T... (3041). — O. G. Vaste rupt. chor. siégeant dans segm. oph. inférieur. Nombreuses lésions ch. rét. disséminées, reliquats d'hémorragies. V. = Q.

34. — P... (L.) (3978). — O. G. Parésie du droit inf. Choro-rét. de la zone papill. se prolongeant en dedans sous forme de rupt. chor. Papille pâle. V. = 1/10.

35. — P... (J.) (190). — Fract. du rebord orb. O. D. Papille pâle, plaque d'atroph. Chor. rét., déchirure chor. équat. V. = O.

P... (G.) (2705). — Balle à la tête et à l'O. D., caillots du vitré, large rupture chor. et rét. prolif. V. = Q.

37. — C... (1821). — Choc temporal à gauc., cicatr. paup. sup. gauche. O. G. Double rupt. chor. dans le segm. équat. ext. du globe.

38. — R... (Cl.) (151). — O. G. Vaste déch. chor. dans segment post. inf. V. = Q.

39. — B... (321). — Choc nasal. O. G. Rupt. de la choroïde en bas, épiphora. V. = 1/10.

40. — C... (Cl.) (474). — O. G. Vaste déch. chor. dans région inf. int. du champ opht. V. = Q.

41. — J... (650). — O. G. Déchirure en bas et en dehors, réflexes abolis, pupille irrégulière, ovulaire. V. = Q.

42. — O... (677). — O. D. Rupt. chor. équatoriale, segment inf. V. = Q.

43. — D... (1071). — Choc orbit. inf. de l'O. D. Rupt. chor. du segm. inf. du ch. opht. V. = 1/50.

44. — X... (1066). — Contusion du globe oc. g. et racine du nez. Iridodialyse. Rupt. chor. périphérique. V. = 1/10.

45. — X... (1052). — Cicat. palp. de l'angle ext. de l'œil droit; rupture choroïd. étroite, du segment inf. ext. du globe. V. = 1/10.

46. — L... (828). — O. D. Rupt. chor. du segm. ext. du globe.

47. — D... (827). — Plaie de la rég. front. gauche. O. G. Rupt. chor. horiz. dans segment temp. V. = 1/10.

48. — B... (709). — O. D. Rupt. chor. dans le segm. inf. V. = O.

49. — S... (1741). — Contusion de l'O. G. Papille pâle, rupt. chor. et rét. prolif., amas pigment rég. équat. V. = 1/50.

50. — L... (1027). — Plaie contuse de la rég. temp. gauche. O. G. Large déchirure choroïdienne de la région équatoriale inf., ch. vis. concentriquement rétréci. V. = 1/4.

51. — L... (1462). — O. G. Cicatr. de plaie contuse de l'angle interne. Rupt. chor. segm. inf. V. = Q.

52. — C... (R.) (1865). — O. D. Contusion du globe. Petite déchir. chor. périph., papille hyperhémiee. Macula sombre. V. = 1/15.

53. — B... (P.) (2084). — O. G. Pupille irrégulière, réagit faibl. à lumière. Corps flott. Papille floue. Placards atroph. et pigment disséminés. Rupt. chor. du côté externe. T. = N. V. = 1/100.

54. — A... (645). — O. G. Rupt. chor. segment sup. corps flott. du vitré, papille rougeâtre. V. = O.

55. — M... (B.) (2133). — Cicatr. bord paup. inf. O. D. Mydriase, pupille ne réagit plus. Papille blanchâtre. Dans segm. inf, rupture en fuseau de 2 à 3 mm. de large; amas pigmentaire entourant lésion. Ch. rét. disséminée dans rég. équat. inf. V. = Q.

56. — Cl... (G.) (1765). — O. G. Cicatr. de plaie cont. queue du sourcil et plaie de la rég. sous-orbitaire. Vitré trouble. Amas pigm. en bas avec déch. chor. périphérique. T. = N. V. = $1/3$. V. = $1/2$ avec — 1 d.

57. — M... (A.) (1619). — O. G. Plaie cont. à 2 centimètres de l'angle ext. de l'O. G., sur le malaire. Large déch. chor. rég. équatoriale inf. Amas pigment. Rét. prolif., papille à contours effacés. T. = N. V. = $1/100$.

58. — D... (Ch.) (4535). — O. D. Lésions ch. rét. dans segm opht. nasal inf.; larges lésions de rupt. choroid. avec hémorr., amas pigm. et soulèvement rét. à ce niveau. V. = $1/8$.

59. — L... (2187). — O. G. Plaie contuse des paup. inf. Rupt. multiples et équat. de la choroïde, rét. prolif., hémorragie. V. = Q.

60. — A... (673). — O. G. Cicatr. rég. temp. malaire et part. ext. de la paup. inf.; rupt. chor. segm. ext. Amas de rét. prolif. V. = Q.

61. — E... (840). — Arrachement paup. inférieure. Rupt. chor. avec rét. prolif. Champ visuel rétréci. V. = $1/10$.

62. — M... (826). — Rupt. chor. O. G. et rét. prolif. V. = O.

63. — R... (467). — O. D. Vaste déch. chor. et cho-

roïdite traumat. périphérique; œdème papill. Veines dilatées. V. = O.

64. — B... (3783). — Choc sous-orbit. Rupt. chor. dans segment opht. inf. int. V. = 1/10.

65. — A... (V.) (4142). — Cicatr. sous-palpébrale. O. G. Longue rupt. linéaire de la choroïde sur un trajet horizontal près de l'ora serrata. V. = Q.

66. — G... (J.) (3416). — Fract. du rebord orbit. inf., large déchirure chor. en bas et en dehors. Chorio. rét. disséminée. V. = O.

67. — Cl... (3217). — Plaie contuse queue du sourcil gauche. O. G. Rupt. choroïd. et ch. rét. en dedans. V. = 1/4 avec sph. — 1.

68. — P... (1840). — Plaie temp. malaire gauche. O. G. Papille blanche. Rupt. chor. segment ext. V. = 1/3.

69. — M... (313). — O. G. Atroph. papill. Déch. chor. segm. inf. int. Strabisme ext. V. = O.

70. — R... (J.) (3248). — Petite cicatr. palp. ext. de l'O. D. Rupt. chor. dans chp. opht. externe. Macula saine. V. = 1/10.

71. — F... (A.) (1764). — Choc. sous-orb. O. D. Chorio-rét. atrophique pigmentaire de la région équat. inf. V. = 1/6.

72. — B... (2109). — Plaie contuse angle int. O. D. O. D. Placard atroph. et pigm. dans la région équat. interne. V. = 1/2.

73. — S... (G.) (2644). — Choc sur la rég. temp. et l'O. G. Pupille réagit faiblement. Papille en voie d'atrophie, petits placards d'atr. ch. rét. dans la rég. équat. int. V. = Q.

2° LÉSIONS ASSOCIÉES (périphériques
et centrales).

74. — *Blessure de guerre par éclat d'obus périoculaire.
Hémorragies choroïdiennes. Déchirure et double
lésion de la choroïde. O. D. V. = Normal.
O. G. V. = Q.*

(Fig. n° 1, Pl. I.)

T... Blessé le 9 janvier 1915.

Plusieurs éclats pénétrèrent dans le massif facial, trois d'entre eux sont encore enclavés dans l'éthmoïde. La peau porte la cicatrice de la blessure qui est située au niveau du sillon naso-orbitaire gauche.

Les signes ophtalmoscopiques immédiats ont été nuls, le fond d'œil était inéclairable par suite d'une abondante hémorragie du vitré qui masquait tout détail. V. = O.

Actuellement l'examen méthodique du fond de l'œil gauche permet de constater deux foyers de chorio-rétinite, l'un périphérique, immédiatement au contact de l'ora serrata, situé dans le quadrant nasal inférieur, l'autre central, à deux diamètres papillaires environ, occupant toute la zone maculaire.

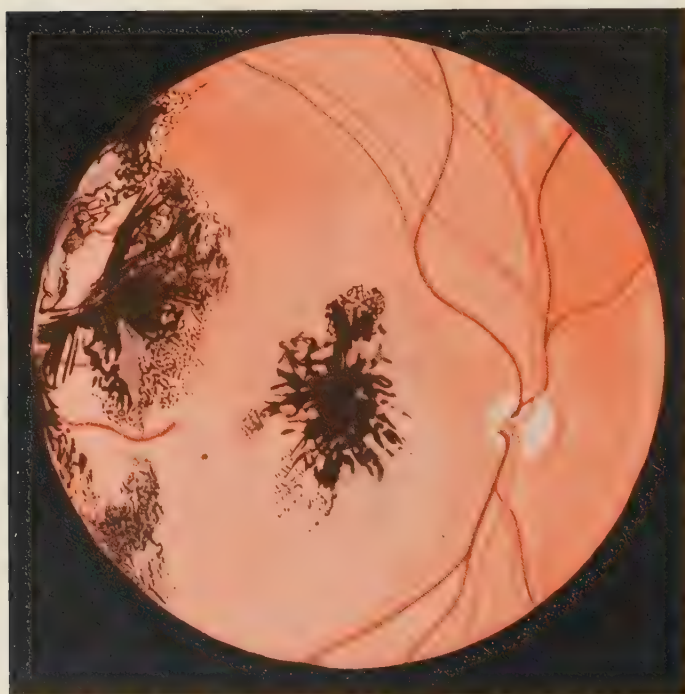
a) La lésion périphérique est constituée par une déchirure choroïdienne en arc de cercle à concavité dirigée vers l'axe; (c'est la lésion directe correspondant au point contus); dans le champ de cette rupture on peut voir courir les vaisseaux choroïdiens sur un fond de sclérotique blanc jaunâtre.

b) La deuxième lésion, centrale, est constituée par la zone d'atrophie au niveau de la macula, et en continuité avec cette lésion, une seconde zone pigmentaire



Dessin de G. Vachet.

Fig. I. — Rupture directe périphérique et rupture polaire postérieure par contre-coup.



Dessin de G. Vachet.

Fig. II. — Déchirure choroïdienne périphérique directe.
Placard post-hémorragique de la région maculaire.

emprisonnant la papille — plus petite et plus congestionnée que de coutume — d'une sorte de bourrelet pigmentaire trahissant une hémorragie des gaines du nerf optique qui s'est ensuite étalée.

Il est assez aisé de se rendre compte du relief formé au niveau du contours papillaire en suivant les vaisseaux issus de la papille, arrivés au pied de ce « boudin » ils remontent suivant cette saillie pour redescendre ensuite avant d'aller se ramifier dans la rétine.

Les deux lésions maculaires et périphériques sont séparées par un large espace de choroïde d'apparence normale.

75. — *Rupture choroïdienne double (choc direct et contre-coup) par choc de l'apophyse orbitaire externe (côté gauche).*

(Fig. n° 1 Pl. II.)

Dey... (F.), du 6^e rég. d'inf. coloniale, blessé le 19 décembre 1914 par un éclat de grenade qui éclata à moins de un mètre de lui sur le parapet de la tranchée; contusion de l'apophyse orbitaire externe sans fracture osseuse.

O. G. L'examen à l'image droite nous montre en pleine région maculaire une rupture allongée de haut en bas, de la membrane choroïdienne, les bords n'en sont plus très nets, cependant par endroits des dépôts de pigments en limitent assez franchement les contours, sur cette zone dépigmentée se détache, sinueux, un vaisseau rétinien.

Correspondant au point contus et en contiguité avec lui, la lésion directe telle une écorchure se détache en blanc sur une zone pigmentaire noire, on aperçoit la

traversant dans le sens de la largeur, des vaisseaux choroïdiens nombreux qui se rendent à la périphérie.

La perte de la vision aurait été immédiate. O. G. V. = O.

76. — *Double déchirure choroïdienne, avec perte de la vision de l'œil droit.*

(Fig. n° 2, Pl. II.)

Co... (Charles-Marius), du 158° rég. d'inf. Plaies multiples par éclats d'obus. Plaie en sillon à l'angle de l'œil droit, large cicatrice cutanée ébauche d'ectropion.

A l'ophtalmoscope on constate :

1° Une large lésion chorio-rétinienne étoilée et bordée de pigment noir en pleine région maculaire, masquant complètement celle-ci. Autour de la zone recouverte par le pigment, une seconde zone jaunâtre d'atrophie choroïdienne ;

2° Une lésion de chorio-rétinite avec vaste déchirure choroïdienne dans le quadrant externe de la région équatoriale, en haut et en bas de cette lésion et dans le champ de la rupture on voit serpenter un vaisseau choroïdien épargné. Cette déchirure se trouve immédiatement au contact du point contus.

O. D. V. = Perception lumineuse.

O. G. V. = 1.

77. — *Contusion de la région malaire et orbitaire supérieure. Rupture choroïdienne de la région maculaire.*

A... (Ferdinand), (1218), 254° rég. d'inf., blessé le 24 avril 1916 au Mort-Homme. Plaie contuse de la

queue du sourcil et de la région orbito-malaire droite.

Examiné le 28 mai 1916 à l'Hôtel-Dieu, il accuse une vision de O. D. V. = 1/20. O. G. V. = 1.

O. D. Contusion du globe sans plaie, cornée normale, iris réagit bien à la lumière et à l'accommodation, vitré légèrement trouble, pas de lésion ch. rétinienne.

Revenu le 27 juillet 1916, l'examen ophtalmoscopique de l'œil droit révèle une lésion de chorio-rétinite atrophique et de rétinite proliférante dans la région équatoriale externe.

O. D. V. = 1/16.

Ex. du 28 septembre 1916 : O. D. = Pupille réagit, milieux transparents, rupture dans la région maculaire, papille blanche, vaisseaux amincis, rétinite proliférante et foyer d'atrophie chorio-rétinienne dans la région équatoriale inférieure externe.

O. D. V. = Compte les doigts à 0 m. 50. Pratiquement nulle.

O. G. V. = 1.

78. — A... (H.) (4674). — O. D. Cicatr. cut. de la paup. inf., encoche du rebord palp. dans angle int.; lésions étendues de ch. rét., pôle post. Boulevers. pigm. rét. prolif., rupt. chor. dans quadrant temp. inf. V. = Q.

79. — M... (B.) (1504). — O. D. Plaie pénétr. par balle, os malaire, sortie au niveau de la mastoïde. Mydriase. Réfl. lumineux diminué. Rupt. chor. macul., foyers de choroïdite disséminés, ans tout hémisphère sup. immense plaque d'atrophie chor. Rét. prolifér. V. = O.

80. — T... (A.) (1509). — Contusion par déflagr. d'obus. O. D. Réflexes abolis à la lumière et accommod. Papille déformée entourée d'un croiss. Pigm. en dedans de la macula, quelques foyers de rét. prolif. et

rupt. choroïdienne. Dans la part. périph. sup. atroph. choroïdienne. V. = 1/80.

81. — G... (M.) (170). — Choc sous-orb. O. D. Ch. rét. atrophique. Rupt. chor. maculaire avec amas pigment. Pigmentation dans segment opht. inférieur. V. = O.

82. — M... (P.) (4380). — O. D. Cicatr. paup. inf., Déch. chorio-rét. en bas en regard cic. cut. Dans région maculaire chorio-rét. V. = 1/50.

83. — L. C... (J.-M.) (4007). — O. G. Rupt. chor. maculaire et ruptures équatoriales inféro-ext. avec ch. rét. atroph. V. = O.

84. — C... (A.) (4560). — O. D. Large rupt. chor. macul. avec bouleversement pigm. Chorio, rét. périph. V. = Q.

85. — L... (2516). — Plaie contuse rebord orb. inf. O. D. Rupt. choroïd. arcif. au-dessous de la papille. En bas ch. rét. atrophique. V. = 1/15.

86. — X... (2351). — Enfoncement osseux, fosse temp. gauche. O. G. Atroph. papill., rupt. en croissant dans le seg. inf. int. Rupture maculaire. V. = O.

87. — H..., 6^e génie. — Plaie région temporale g. O. G. Gros amas pigmentaire dans la région maculaire. Rupture périphérique en regard du traumatisme. V. = 1/40.

88. — M... (A.) — Choc. orbit. inf. droit. O. D. Large déchirure choroïdienne périph. en regard du traumatisme, lésions pigm. disséminées. Zone maculaire atrophiee. V. = O (10 avril 1916). V. = O (9 octobre 1917).

89. — L. G... — O. D. Gros placards atroph. ch.

rét. en haut et en dehors de la papille. Région externe du ch. opht. longue trainée linéaire blanchâtre ayant aspect de rupt. (V. = 1/2).

90. — M... (P.) — Choc sous-orbit. de l'O. G. Lésions ch. rét. en bas et en dedans au-dessous de la papille ligne de rupture choroïdienne. V. = Q.

91. — V... (2769). — Lésion ch. rét. dans chp. opht. inf. ext. entre papille et macula ligne verticale de rupt. choroïdienne. V. = Q.

92. — C... (Ch.) (3073). — O. G. Déch. chor. intéressant toute la zone inf. ext. du fond jusqu'à l'ora serrata. Sur les bords trainées noirâtres post hémorragiques. Pigmentation localisée à la part. int. de la papille. V. = Q.

93. — P... (F.) (159). — O. G. Hém. macul. (lésion centrale nette). Rupture chor. dans le segm. opht. inférieur. V. = O.

94. — C... (Ch.) (1224). — Cic. de plaie rég. de la fosse temp. gauche. O. G. Pupille irrégulière, ne réagit pas. Rupt. ch. étoilée juxta-papill., rét. prolif. Taches pigment. macul. Placards d'atroph. ch. rét. rég. équât. externe. V. = 1/50.

95. — J... (C.) (1638). — Contusion de l'O. D. Pupille en mydriase. Amas pigment. et rét. prolif. au p. post. et dans la rég. macul. Rupt. ch. dans le segment périph. externe. V. = 1/20. T. = N.

96. — T... (1705). — Plaie cont. queue du sourcil et pil. interne à droite. O. D. Papille pâle petite déch. pôle post., taches atrophiques et pig. dans rég. macul. T. = N. V. = Q.

97. — D... (L.) (1962). — Choc sous-orb., perte de subs. du max. sup. Doub. rupt. chor., l'une irrég. dans

la part. inf. du ch. opht., l'autre au p. post. sous la papille. Placards hémorragiques dans rég. inf. ext. T. = N. V. = 1/20.

98. — H... (C.) (1622). — Cicatrice de la paup. sup. et inf. à droite. O. D. trouble vitré. Rupt. chor. segm. inf. Volumineux amas pigm. au pôle post. Autour de la papille et rég. maculaire. Papille décolorée en totalité. Vaiss. grêles. T. = N. V. = Q.

99. — R... (J.) (4130). — Cic. naso-palp. à gauche. O. G. Rupt. chor. linéaire horizont. au-dessous de la papille. Chor. rét. périph. en regard du traumat. Papille pâle. V. = Q.

100. — Ch... (J.) (4394). — O. G. Rupt. chor. arciforme très étroite autour de la papille, lésion chorio. rét. dans part. inf. du globe. Corps flott. du vitré. V. = 1/8.

101. — M... (E.) (1134). — Cicatr. de plaie contuse de la rég. temp. orbit. gauche. O. G. Pupille en mydriase. Double rupt. au pôle post. avec rét. prolif. Lésions ch. rét. pigm. de la rég. équât. inf. T. = N. V. = 1/4.

102. — D... (J.) (4888). — O. D. — Rupt. chor. ayant forme d'une large traînée vertic. passant par macula. Zones de destr. chor. diss. dans le segment périph. ext. Papille pâle. V. = Q.

103. — J... (2177). — O. D. Plaie contuse paup. inf. Iridodonesis, sublux. du crist. papille atrophique. Rupt. chor. macul. Dans région équât. inf., plaque d'atrophie choroïdienne.

104. — M. B. (Pierre), 30° d'inf. — Blessure par éclat d'obus, effondrement du sinus frontal droit. fracture de la table interne. Rupture choroïdienne péripa-

pillaire inférieure transversale; lésions directes périphériques en regard du traumatisme.

Avril 1915 : O. D. V. = 1/20.

Juillet 1915 : O. D. V. = O.

105. — M... (Baptiste), 176° d'inf. — Blessé par éclats périorbitaires le 20 février 1915. Rupture choroïdienne O. G. entourée de pigments au-dessous de la macula. Ruptures choroïdiennes concentriques à bords noirâtres dans la région équatoriale interne. O. G. V. = Q.

106. — D... (L.), 76° d'inf. — Blessé le 17 novembre 1914. Blessure par balle tangentielle au niveau de la région frontale gauche. O. G. V. = O. Rupture choroïdienne péripapillaire arquée. Amas pigmentaires dans la région maculaire.

107. — F... (A.), 51° d'inf. — Blessé par balle au niveau du rebord orbitaire inférieur gauche. Rupture choroïdienne juxta papillaire, lésions choroïdiennes hémorrag. en regard du traumatisme. O. G. V. = O.

108. — C... (M.) — Blessé le 16 mars 1915, par éclat d'obus dans la région temporo-malaire gauche. Deux ruptures choroïdiennes concentriques à la papille et en dedans d'elle; placards pigmentaires maculaires. Lésions équatoriales multiples. O. G. V. = Q.

109. — L... (E.) — Blessé le 24 avril 1915, par éclats métalliques de la région sous-orbitaire gauche. Rupture choroïdienne au-dessous et à un diamètre papillaire, de la papille. O. G. V. = 1/40.

La région équatoriale inférieure est le siège de pigmentation choroïdienne.

110. — B... (J.) — Blessé par éclat de crapouillot à l'angle externe de l'O. G. Amas de dégénérescence pigment. dans les régions maculaire, périmaculaire

et interpapillo-maculaire. Triple rupture située dans la région équatoriale externe. O. G. V. = Q.

111. — Q... (A.). — Blessure par éclats d'obus péri-orbitaires à gauche; rupture choroïdienne périmaculaire. Dans la région équatoriale petits amas pigmentaires dans le champ ophtalmoscopique inférieur. O. G. V. = 1/50.

112. — Ch... (4484). — Arrach. du n. opt. à son entrée dans le globe. O. D. Enophtalmie, mydriase, paralysie du droit sup., arrach. du n. op., la papille n'est plus représent. que par une zone blanc. où l'on ne retrouve plus aucun détail anatomique. Boulevers. pigm. V. = O. O. G. Rupt. chor. dans partie inf. du ch. opht. V. = 1/5.

113. — A... (F.) (1218). — Choc malaire et orb. sup. de l'O. D. Rupture dans la zone maculaire, chorio. rét. atroph. et rét. prolif., dans la rég. équât. ext. V. = 1/20 (28 mai 1916). V. = Q (2 septembre 1916).

114. — B... (L.) (2846). — Fract. du reb. orb. int. en bas. Rupture choroïd. macul. Foyers de ch. rét. traumatique en regard de la lésion osseuse. V. = 1/20.

115 (H. D.) (1). — P... (E.) (2443). — Balle. O. G. région temp. gauche région malaire droite. O. G. Large rupt. chor. équât., avec dépôts pigment. au pôle post. Pupille immobile. V. = Q.

116. — A... (P.) (1508). — Choc sous-orbitaire, hémorragie juxta papill., hémorr. équât. et rupt. choroïdienne. V. = Q.

117. — B... (A.) (2349). — Balle à l'œil droit; pa-

(1) H.-D. Observation provenant de l'Hôtel-Dieu.

pille rouge, veines dilatées, amas pigm. au bord supéro-int. de la papille et en bas dans la rég. équator.
V. = Q.

3° LÉSIONS POLAIRES POSTÉRIEURES

118. — M... (2045). — O. D. Plaie rég. malaire par balle. Rupt. chor. paramacul. Papille congestive.
V. = 1/30.

119. — M... (R.) (1939). — Cicatr. plaie cont. région du sac lacrym. O. D. Hyperhémie papill., veines dilatées; déch. chor. du côté int. de la papille. T. = N.
V. = Q.

120. — P... (1274). — O. G. Cic. de plaie par balle rég. temp. Corps flottants du vitré. Large déch. au pôle post Atrophie papill. V. = O.

121. — P... (R.) (3088). — O. D. Fract. du rebord orb. sup. dilat. pupill. iridodialyse en haut, iridodonesis. Flocons vitréens. Entre papille et macula rupt. chor. V. = O.

122. — N... (M.) (3510). — O. D. Rupt. chor. curviligne en dehors de la papille. Foyers pigment. disséminés. Mydriase et immobilité pupill. Corps flott.
V. = Q.

123. — D... (C.) (162). — O. D. Rupt. macul., rét. prolif., et bouleversement pigment. V. centr. = O.
V. périph. = Q.

124. — B... (L.) (1211). — Cont. grave de l'O. G. (iridect. antiglaucomateuse). Rupt. chor. juxtapapill., chor. rét. et rét. proliférante au niveau de la macula.
N. = Q.

125. — S... (H.) (258). — Rupt. chor. macul. Décoll. rét. V. = O.

126. — D... (F.) (1977). — Contusion grave du globe; O. D. Vitré trouble, rupt. chor. pôle postér. T. = N. V. = O.

127. — R... (H.) (1276). — Choc malaire. Trouble du vitré, rupt. chor. maculaire avec large foyer de rét. prolif. V. = Q.

128. — C... (710). — Rupt. chor. et rét. prolif. au pôle post. V. = 1/50.

129. — V... (G.) (106). — O. G. Plaques disséminées de ch. rét. centrale et rupt. choroïd. V. = O.

130. — V... (L.) (4574). — O. G. Grandes lésions chor. rét. avec rupt. chor. partant du voisinage de la papill. pour s'étendre dans tout le pôle post. V. = 1/50.

131. — D... (L.) (2970). — O. G. Rupture chor. en bas et chor. rét. traumatique dans région maculaire. Réact. pupill. à la lumière, faible. V. = O.

133. — R... (579). — O. G. Pupille dilatée. Réflexes = O. Fond d'œil blanc porcelaine. Atrophie optique totale. Vaste déch. en zigzag se dirigeant en dehors. V. = O.

134. — A... (1046). — Cicatr. de plaie cont. de la rég. temp. ant. gauche. O. G. Atrophie papill. et double rupt. choroïdienne du pôle post. V. = Q.

135. — F... (P.) (178). — Blessure par balle à la tête. O. G. Paralysie du releveur et du droit sup. Atrophie blanche de la papille. Vaste déch. choroïd. partant de la papille et se prolongeant en haut et en dehors. V. = Q.

136. — T... (F.) (252). — O. G. Atroph. opt. Déchirure chor. partant de n. opt. se dirigeant en dehors vers la macula. V. = O.

137. — H... (A.) (4659). — O. G. Sublux. du crist. iridodonesis. Rupt. chor. au pôle post. occupant la rég. maculaire. V. = O.

138. — B... (298). — O. D. Atroph. opt., déchir. chor. en dehors de la macula. V. = O.

139. — Ch... (L.) (2592). — O. D. Rupt. chor. longue et large (falciforme), monte en haut et en dehors, passant au-dessus de la macula qu'elle effleure. Deuxième ligne très mince produite par une autre rupture entre la première et la papille. V. avec sph. — 8 = 1/6.

140. — S... (A.) (4423). — (Choc orb. sup.). O. D. Rupt. chor. en arc embrassant la papille. Dans région maculaire larges amas pigm. O. D., V. = Q.

141. — B... (M.) (4461). — Balle transfix. région sous-orb. dr. à angle du max. droit. O. D. Rupt. ch. sous les vaiss. temp. inf. au voisinage de la pap. Hém. macul. V. = 1/20.

142. — Cl... (1098). — Contusion directe de l'O. D. Décollem. rét. et rupture ch. probable. V. = Faible percept. lumineuse.

143. — C... (2425). — O. D. Décoll. rét. Déchirure chorôidienne maculaire. V. = O.

144. — B... (1946). — Plaie pénétr. rég. front. et temp. front. gauche. O. G. Déchirure chorôidienne linéaire au pôle post., atteignant région macul. Décoll. rét. en bas et en dedans. T. = N. V. = 1/10.

145. — C... (2082). — Choc rebord orb. sup. et ext.

droit. O. D. Rupt. ch. macul. avec amas pigm. et rét. prolif. T. = N. V. = Q.

146. — P... (J.-B.) (1995). — Eclats d'obus au niveau de la zone lacrymale gauche. O. G. pupille en mydriase, désorg. compl. du fond, large déch. chor. amas pigment. et reliquats hémorr. V. = O.

147. — D... (J.) (1993). — Plaie contuse de la queue du sourcil à droite. O. D. Large rupt. chor. péri-papill., en dehors volumineux amas de rét. prolif. Amas pigm. au bord ext. de la papille. Autres foyers disséminés. V. = Q.

148. — De Ch... (1797). — Plaie pénétr. de la face par balle au niveau de la tête du sourcil gauche, effondrement du sinus frontal. O. G. Mydriase légère. Réfl. lumin. = O. Papille décolorée. Amas pigment. péri-papill. avec rupt. chor. V. = O.

149. — Ab... (H.) (3884). — Encoche osseuse 1/3 moyen du rebord orb. inf. de l'O. G. O. G. Atroph. papill. vaiss. filiformes, croissant de rupt. chor. longeant bord inf. int. de la papille. Autre rupture entourée de pigm. en pleine macula. V. = O.

150. — M... (Gaston). — Projectile ayant traversé le maxillaire supérieur droit et effondré le maxillaire supérieur gauche. Lésion par contre-coup :

O. D. Déchirure choroïdienne en fer à cheval ouvert en haut et embrassant la papille dans sa concavité.

O. D. V., 1^{er} mars 1915 = 1/30. Le 30 mars = 1/10.

151. — R... (Pierre). — Blessé par éclat d'obus, dans la région lacrymale gauche, déchirure choroïdienne en arc entourant la papille en bas et en dehors.

O. G. V., 9 mars 1915 = 1/20. 20 juillet 1915 = 1/10.

152. — C... (T.). — Blessé par balle entrée au ni-

veau de l'angle externe de l'œil droit, sortie à 2 centimètres en dehors de la commissure labiale gauche, après avoir traversé la bouche. O. D. Rupture choroïdienne typique concentrique à la papille. V. = O.

153. — P... — Blessé par balle. Choc malaire gauche. Rupture choroïdienne entre la macula et la papille et embrassant la papille dans sa concavité. Région maculaire parsemée de choroïdite atrophique. O. G. V. = O.

154. — R... (B.). — Blessure de la face par balle, débris de dents projetés et incrustés dans les paupières de l'œil droit. Au-dessus et en dedans de la papille, ligne nacréée de rupture choroïdienne reliée en son milieu à la papille par une déchirure en Y. O. D. V. = Q.

155. — R... (P.). — Blessure par balle. Choc orbito-nasal à droite O. D. Papille floue, déchirure choroïdienne en arc concentrique à la papille et située à 1 diamètre papillaire en dessous. O. D. V. = O.

156. — F... (Alb.). — Blessure par éclat de bouteille au niveau de l'angle interne de l'œil droit. Rupture choroïdienne de l'O. D. au niveau de la papille et sur bord interne, oblique en haut et en dehors. O. D. V. = 1/6.

157. — F... (Claude). — Blessure par éclats d'obus de la région malaire et de la région sourcilière droite. Rupture choroïdienne en forme de petite croix, de la région maculaire. O. D. V. = Q.

158. — F... (F.), 99° d'inf. — Blessé le 30 août 1914. Ballé sortie au niveau de la région lacrymale droite. O. D. Rupture choroïdienne en arc concentrique à la papille et en dedans d'elle. Croissants pigmentaires périmaculaires, V. = Q.

159. — L... (L.) (3060). — O. G. Rupture choroïd. affectant forme de deux traits à direct. verticale, siègeant entre papille et macula. Au dessous de la macula zones multiples de ch. rétinite. Réflexe lumineux affaibli. V. = Q.

160. — C... (3173). — O. G. Contus. rebord orb., papille pâle, chorio. rét. et rupture chor. péripapillaire. V. = 1/10.

161. — L... (M.) (4145). — O. D. Rupt. chor. en 1/2 cercle à concav. sup. au-dessous de la papille. Chorio. rét. Zones avoisinantes. V. = 1/50.

162. — F... (375). — Fract. reb. orb. inf. à gauche. O. G. Deux rupt. chor. zone papill., plaques diffuses de ch. rét. atroph. V. = 1/50.

163. — M... (J.) (1136). — Cicatrice de plaie cont. sous-orb. à gauche. O. G. Papilles floues. Rupt. chor. sous-papill. Chor. rét. pigm. post. hémorrh. T. = N. V. = 1/25.

164. — R... (Alb.) (4151). — Fract. orb. ext., enfoncement du sinus max. à gauche. O. G. Atroph. papill. partielle. Sous la papille rupture en arc à concav. sup. Région macul., zone de chorio. rét. V. = 1/50.

165. — G... (J.) (113). — Fract. reb. orb. sup. sans déform. de paup. à gauche. O. G. Atroph. papill., rupt. chor. nombr. plaques de chor. rét. V. = Q.

166. — L... (1198). — Cicatr. plaie cont. part. int. des paup. à droite. O. D. Pupille ne réagit pas. Rupt. chor. du côté ext. de la papille. V. = Q.

167. — L... (A.) (1034). — Contusion de l'O. D. avec cic. de plaie contuse. Papille rougeâtre. Rupture péripapill. verticale. V. = Q.

168. — M... (J.) (218). — O. G. Perte de subst. du rebord palpeb. sup.; atroph. papill., rupture chor. péri-papill., plaques de choroïdite.

169. — S... (2923). — O. D. Destruct. du rebord orb. inf. dans sa part. ext. de l'os malaire et arc. zygomat., cicatrice rétractée et adhérente. Vaste déch. chor. verticale passant par macula atroph. chor. maculaire. V. = O.

170. — Gu... (J.). — Blessure de la région temporo-malaire gauche. O. G. Hémorragie paramaculaire et petite rupture choroïdienne du pôle postér. V. = 1/15.

171. — T... — Traumatisme cranien. O. D. Rupture choroïdienne. Gros amas de pigment noir, reliquat d'hémorragie, n'intéressant ni la papille ni la macula. V. = 1/2. Champ visuel légèrement rétréci.

172. — B... (L.). — O. G. Déchirure choroïdienne en arc au-dessous de la papille, lésions atrophiques paramaculaires. V. = O.

173. — Ch... (Lt). — Plaie pénétrante rég. malaire, par balle. O. G. Double déchirure chor. en arc au p. post., amas pigm. disséminés, macula saine. V. = 1/6 avec — 4 d.

174. — F... (1991). — Choc temp. malaire et queue du sourcil. O. D. Lésions ch. rét. maculaires et rupture choroïdienne probable. T. = N. V. = 1/20.

175. — J... (C.) (4110). — O. G. Rupture chor. en dedans et au-dessous de la papille, scotome en dehors et en haut du ch. visuel. V. centr. = 1/3.

176. — Gu... (715). — O. G. Rupt. chor. macul. pigmentation disséminée dans tout le pôle post. papille en partie atrophiee. V. = Q.

177. — F... (838). — Plaie contuse de la rég. temp. Double rupture au pôle postérieur intéressant la macula. T. = N. V. = Q.

178. — L... (137). — Rupture chor. linéaire, verticale passant par macula. V. = 1/10.

179. — B... (753). — Cicatrice de la rég. préauricul. droite, œil déplacé en bas et en dehors. Rupt. ch. O. D. circonscrivant la rég. inf. ext. de la papille et se recourbant ensuite en bas et en dehors (rupture en S). V. = 1/10.

180. — G... (Alph.) (4321). — Légère encoche de la paup. inf. Contusion de l'œil droit. Rupture chor. interpapillo-maculaire. V. = O.

181. — Ch... (J.) (2335). — Enfonceement du sinus frontal droit près de la racine du nez. O. D. Conservat. des réflexes pupill., Rupt. chor. affectant forme d'une ligne blanche prenant naissance dans foyer pigm. noir maculaire et se prolongeant jusqu'à limite du ch. opht. inf.

182. — M... (789). — Plaie par balle O. D. (énuclée). O. G. Pupille dil. refl. = O. Rupt. chor. au pôle post. juxta-papillaire. V. = O.

183. — A... (777). — O. G. Rupt. chor. para-papill. Scotome para-central. V. = 1/15.

184. — P... (P.) (1602). — O. G. Contusion de l'œil gauche. Pupille réagit faibl. à la lumière. Rupt. chor. maculaire linéaire à direct. verticale. T. = N. V. = Q.

185. — R... (4709). — O. D. Chor. du pôle post. V. = 1/20.

186. — P... (E.) (4522). — O. G. Rupt. chor. en arc autour de la macula. V. = 1/15.

187. — F... (4283). — Contusion du globe oc. droit. Large rupture de la choroïde. O. D. en fer à cheval partant de la rég. maculaire pour s'étendre jusqu'en un point situé en dehors et en haut de la papille. V. = Q.

188. — G... (J.-B.) (2596). — O. D. Rupture chor. sous-papill. Se dirige du côté inf. int. jusqu'à ora serrata. V. = $1/30$.

189. — D... (J.) (183). — O. D. Choc malaire. Vaste déchirure choroïdienne partant du n. opt. se dirigeant en dehors en traversant la macula. V. = O.

190. — T... (667). — O. G. Rupt. chor. au pôle post., au-dessous de la papille. V. = Q.

191. — (855). — O. D. Rupt. chor. en forme d'arc péripapillaire. V. = $1/5$.

192. — (1325). — O. D. Contusion. Taches disséminées de ch. rét. traumatique post.-hémorragiques. Rupture chor. probable.

193. — H... (L.) (779). — Balle O. D. Atrophie papill. Rupture de la chor. dans la région macul. V. = Q.

194. — G... (J.) (45). — Balle rég. temp. gauche. Hémorragie et rupt. para-macul. de l'O. G. V. = $1/15$.

195. — F... (P.) (74). — Balle à la tête. O. G. Vaste déchir. chor., macula intéressée dans cicat. V. = O.

196. — A... (A.) (1642). — Cicatrice frontale. Rupture choroïdienne tangentielle à la papille. V. = $1/2$.

197. — Cl... (A.) (3027). — Balle aux deux yeux et face. Rupt. chor. pol. post. V. = Q.

198. — X... (2974). — Ecl. d'obus O. D. Réfl. abolis

gros foyers hémorr. péri-macul. et péri-papill. masquant en partie rupture chor.

199. — X... (1357). — Coup de pierre O. D. Corps flott. du vitré, rupt. chorôïdienne concentrique à la papille, petites hémorr. rét. V. = 1/20.

200. —

201. — P... (P.) (3085). — Ecl. d'obus O. G. Réflexes très diminués, rupture linéaire de la chor., région maculaire. V. = Q.

202. — G... (R.) (2444). — Balle à l'O. D. et face. O. D. Rupt. chor. sus-papill.; ne voit que dans la partie inférieure du ch. visuel.

203. — H... (F.) (19). — Eclat d'obus région temporale gauche. O. G., chor. rét. pigment. s'étendant de la périph. à la macula sous forme d'un large placard noirâtre. V. = O.

204. — Ch... (J.) (24). — Ecl. d'ob. arcade sourcilière gauche, O. G. Début de décolorat. du n. op. Plaque ovulaire d'atroph. macul. avec centre pigmenté.

205. — V... (B.) (43). — Ecl. d'ob. rég. sourcil. droite, O. D. Gros placards ch. rét. pigment. voilant région maculaire. V. = Q.

206. — P... (A.) (44). — Eclat d'ob. angle orb. int. gauche. O. G. Plaque d'atrophie pigment. maculaire.

207. — M... (A.) (3091). — Eclat torpille O. D. et face. Choriorét. hémorr. maculaire. V. = O.

208. — B... (2361). — Balle région frontale. Ch. rét. maculaire pigmentaire, papille pâle. V. = Q.

209. — D... (C.) (1183). — Pétard à l'O. G. Contusion du globe, dépôts pigm. dans rég. macul. et inter-papillo-macul. Reliquats d'hémorrag. traumat. V. = Q.

Interprétation des observations. Statistiques

Quelques mots de statistique pourraient résumer cette fastidieuse énumération de symptômes ophtalmoscopiques.

Sur les 209 observations que nous venons de résumer dans le chapitre précédent, nous relevons 134 lésions du pôle postérieur dont 44 se compliquent de lésions périphériques, se trouvant localisées en regard du point où s'est produit le traumatisme.

Ces lésions du pôle postérieur se répartissent ainsi :

Lésions maculaires, 52, dont : 45 ruptures ;
6 lésions post-hémorragiques.

Lésions para-maculaires, 83, dont : 77 ruptures ; 6 lésions post-hémorragiques. *

Sur 80 lésions du pôle postérieur
27 ont pour origine un choc du pilier externe,
16 — — — une contusion directe,
14 — — — un choc orb. inférieur,
16 — — — un choc nasal,
8 — — — un choc frontal.

Parmi les chocs sur la paroi externe de l'or-

bite, le choc malaire est le plus souvent incriminé dans la pathogénie des lésions polaires postérieures.

Pour l'acuité visuelle, sur 90 cas de lésions polaires postérieures, voici les résultats que nous avons pu relever.

En ce qui concerne les lésions para-maculaires sur 58 cas nous notons :

13 cas dans lesquels la vision est nulle ;

21 cas où la lésion n'a laissé qu'une vision quantitative au blessé ;

24 cas dans lesquels l'acuité varie de $1/2$ à $1/50$.

Ces derniers peuvent se répartir ainsi :

Vision $\geq 1/10$ 9 cas sur 24 ;

— $\geq 1/20$ 8 — —

— $\geq 1/50$ 7 — —

Beaucoup moins favorisées sont les lésions maculaires car sur 32 cas nous relevons 1 cas où la vision est restée à $1/20$ et 2 cas seulement où elle atteint péniblement $1/10$.

CHAPITRE V

Conséquences des lésions choroïdiennes au point de vue médico-légal.

C'est en somme sur l'évolution et le pronostic qu'é l'expert peut se baser pour établir les taux d'incapacité du blessé. L'évolution nous l'avons dit, dans le second chapitre, se faisant en deux phases, une phase d'hémorragie et une phase de régression, à chacun de ces stades correspond une acuité visuelle différente, Au début de la phase d'hémorragie intra-oculaire, l'œil ne conserve qu'une vision pratiquement nulle. Lorsque la résorption commence et au fur et à mesure que le vitré s'éclaircit, l'acuité visuelle remonte durant deux ou trois mois puis dans de nombreux cas décline petit à petit ne laissant par la suite qu'une vision quantitative au blessé.

Pendant il est deux cas où la vision progressivement améliorée le blessé accuse une acuité de

1/10 à 1/2. Ce sont presque uniquement des yeux atteints de lésions équatoriales et les examens successifs des réformés temporaires de guerre nous ont montré la possibilité d'une amélioration de la vision à longue échéance, l'expert est donc autorisé dans ces cas à considérer ces blessures, tant que la vision n'a pas été recouvrée d'une façon notable comme étant encore en évolution, et à les soumettre à une révision ultérieure.

Mais en ce qui concerne les lésions maculaires — même les petites altérations punctiformes — et les ruptures larges du fond, la perte de la vision est irrémédiable et on peut les considérer comme définitives:

Le diagnostic clinique établi, le pronostic fait l'expert va appliquer le barème. Celui qui est actuellement en vigueur est celui de Parinaud et Lagrange qui diffère légèrement, à l'avantage du blessé, de celui du Professeur Rollet. Ce barème a l'inconvénient de ne se baser que sur l'acuité visuelle qui est un phénomène essentiellement subjectif de plus il ne tient compte que de la vision globale de l'œil, il serait plus rationnel d'admettre une acuité centrale et une acuité périphérique celle-ci étant de moindre importance que la première.

Quoi qu'il en soit, d'une part on constate une grande difficulté quand on veut évaluer en chiffres

le dommage causé dans un œil, d'autre part on ne saurait trop insister sur l'esprit d'équité et de justice qui doit guider les recherches et dont ne doit se départir l'expert, malgré le mauvais vouloir et l'animosité que mettent dans leurs réponses certains malades, qui ont parfois hélas une tendance à vous considérer comme un ennemi, il faut être au-dessus de ces inégalités de caractère venant de la part d'hommes qui ont souvent bien mérité de la patrie et ne pas hésiter dans les cas douteux à accorder le tarif le plus favorable au blessé, il faut pour cela être rompu à leur manière de faire les comprendre en un mot, et comme Terence dire :

.....« Homo sum
Nihil humani a me alienum puto. »

CONCLUSIONS

1° Au cours de la guerre on a constaté chez les blessés de la face, avec la fréquence des lésions oculaires, une diminution notable de la vision, sans altération apparente du globe. Ces modifications de l'acuité sont en rapport avec les lésions des membranes profondes et surtout avec les ruptures de la choroïde.

2° Ces ruptures très fréquentes, dont nous apportons 200 cas, peuvent être, soit directes, quand le traumatisme porte sur le globe lui-même ou sur les paupières, soit indirectes, lorsqu'elles sont le résultat d'un ébranlement à distance transmis par le tissu adipeux de l'orbite et les tissus mous de la face. Si le choc à porté sur le squelette, la force vive du projectile brusquement arrêté sur un plan résistant se transmet ainsi de proche en proche jusqu'à l'œil ; la coque fibreuse résiste, le tractus uvéal se déchire, le plus sou-

vent au pôle postérieur où il est le plus mince et le moins résistant. Les ruptures du pôle postérieur affectent des formes variées ; le plus souvent fusiformes, elles peuvent présenter une disposition en C ou en fer à cheval encadrant en général la papille. Les ruptures s'étendant de la papille à la macula sont en général rectilignes et horizontales. Sur le pourtour papillaire une disposition assez souvent constatée est la rupture en Y. Ces lésions polaires postérieures ont presque toujours à leur origine un traumatisme du pilier externe de l'orbite.

3° Les modifications du fond retentissent sur l'acuité visuelle ; les premiers jours qui suivent la blessure lorsque se produit l'hémorragie du vitré, la vision est presque nulle, elle suit lors de la résorption du sang une marche parallèle à celle de l'évolution réparatrice des tissus et le blessé recouvre plus ou moins d'acuité visuelle selon le siège de la lésion.

4° Le diagnostic, simple quand nous avons affaire à de grosses lésions, devient délicat dans le cas de lésions discrètes et, il est souvent si difficile de différencier ces dernières, des lésions chorio-rétiniennes syphilitiques, que, pour poser diagnostic, nous devons chercher dans les lésions

concommittantes du reste de l'économie, le supplément indispensable.

5° Le pronostic varie avec l'étendue et le siège des lésions, de même que de grosses altérations de la choroïde équatoriale peuvent laisser subsister une vision notable, de même de petites altérations maculaires de la membrane choroïdienne peuvent abolir toute vision.

La conduite à tenir au point de vue médico-légal est basée sur le pronostic :

1° On pensionnera immédiatement les larges lésions du fond avec destruction presque complète des membranes, ainsi que les lésions maculaires ;

2° Au contraire, dans le cas de lésions périphériques, attendre au moins un an après le premier examen, l'évolution de la blessure n'étant pas terminée avant ce délai.

Vu : *Le Président de la thèse,*
ROLLET.

Vu : *Le Doyen,*
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Mai 1920.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Rupture isolée de la choroïde (thèse, 1876-1877).
- ADAM. — Diagnostic ophtalmoscopique, Berlin, 1914.
- ARTIGALAS. — Etude séméiologique des hémorragies du fond de l'œil (*Annales d'oculistique*, 1884).
- AXENFELT. — *Traité d'ophtalmologie*, 1914.
- BECK. — *Revue générale d'ophtalmologie*, 1908, p. 160.
Expériences sur la rupture de membranes profondes.
- BRANDÈS. — *Société belge d'ophtalmologie*, 26 nov. 1911. *Archives d'ophtalmologie*, 1912, p. 590.
- CAILLET. — Déchirures de la choroïde (thèse de Strasbourg, 1869).
- CHEVALLEREAU. — *Société française d'ophtalmologie*, 1910, pp. 207 à 214.
- DARIER. — Blessures oculaires de guerre (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, 25 avril 1915).
- DELORME (E.) — Essais ophtalmoscopiques (thèse, 1871-72).
- DELORME (E.) Méd. Insp. — *Précis de chirurgie de guerre*, 1914.
- D'ËNCH. — *Arch. of ophtalmology.*, 1903, janv. fév. mars, avril.
- FAGE. — Les ruptures de la choroïde (*Soc. Franç. d'opht.*, mai 1897).
- FIZAT. — Hémorragies intraoculaires (thèse de Lyon, 1894).

- FUCHS (Vienne). — *Manuel d'ophtalmologie*.
- GALEZOWSKI. — *Traité iconographique*, 1876.
- GIRARD. — Les hémorragies de l'orbite par contre-coup (thèse, Lyon 1903).
- GRAEFFE. — Déchirure de la choroïde, 1854.
- LAGRANGE. — Les fractures de l'orbite, 1917.
- LODBERG. — *Cent. blatt. f. frakt. Aug.*, 40, p. 174.
- MÉRIC DE BELLEFOND. — Coup de feu dans l'orbite (thèse, Paris 1910).
- MORAX. — *Traité d'opht.*, Paris 1912.
- ŒLLER. — Atlas d'ophtalmoscopie, 1904.
- PÉCHIN. — *Arch. d'ophtalmologie*, 1911. Chorio-rét. traumatique, p. 544.
- ROLLET. — *Traité d'ophtalmoscopie* (50 fig. en couleurs).
- L'œil et le revolver (*Rev. gén. d'opht.*, 1909).
- Hématome des gaines du nerf optique (*Rev. gén. d'opht.*, p. 49, 1908).
- Hémorragie de l'orbite (*Encycl. franc. d'opht.*, t. VIII, 1909).
- ROLLET et VELTER. — Lésions chorio-rétiniennes par blessure de guerre d'après 343 observations personnelles, *Arch. d'ophtalmologie*, janv.-fév. 1917.
- TERRIEN. — *Archives d'ophtalmologie*, juillet 1915.
- TESTAS (R.). — Remarques sur 4325 cas de lésions oculaires par traumatismes de guerre (thèse, Lyon 1920).
- TRUC, VALUDE, FRENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 1908.
- WECKER (de) et MASSELON. — Ophtalmoscopie clinique, Douin, édit., 1891.
- Revue générale d'ophtalmologie*, par Rollet, Truc, Dor, 1882 à 1914.
- MANGINI. — Hémorragies et ruptures des membranes profondes de l'œil sans lésions apparentes du globe (thèse, Lyon 1915).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Mécanisme des lésions choroïdiennes.....	11
CHAPITRE II. — Description des lésions. Leur évolution.....	16
CHAPITRE III. — Diagnostic.....	22
CHAPITRE IV. — Observations.....	29
1° Lésions équatoriales.....	30
2° Lésions associées.....	40
3° Lésions polaires postérieures uniques..	49
CHAPITRE V. — Point de vue médico-légal....	61
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE.....	69

